

Дата извещения : _____
Название : _____
Дела : _____
Номер : _____
Работник : _____
Имя : _____
Номер : _____
Телефон : _____
Адрес : _____

(ADDRESSEE)



Вопросы? Обратитесь к работнику.

Слушание дела администрацией штата: Если вы считаете, что это действие неправильно, вы можете попросить о слушании вашего дела администрацией штата. На обратной стороне этой страницы объясняется, как это сделать. Ваше пособие не изменится, если вы попросите о слушании до того, как это действие будет осуществлено.

- _____, по информации, имеющейся у нас, вы не:
- Подписали план WTW* _____ числа.
 - Участвовали в _____ числа.
 - Достигли хорошего прогресса в _____ задании т.к. _____.
 - Согласились на работу в _____.
 - Сохранили работу в _____.
 - Сохранили прежнюю сумму доходов.

НАМ НЕОБХОДИМО ПОГОВОРИТЬ С ВАМИ

Чтобы избежать сокращения денежной помощи вашей семье, мы должны поговорить с вами. Встреча с вами назначена на _____ число, в _____ часов, в _____. Если вам нужна помощь с транспортом или присмотром за детьми, чтобы прийти на встречу, позвоните работнику программы WTW, ведущему ваше дело по номеру телефона, указанному ниже.

Имя работника программы WTW: _____

Номер телефона: _____

Если вы не можете прийти на встречу, вы должны позвонить работнику, чтобы назначить другое время. Если у вас нет уважительной причины, вы можете перенести встречу только один раз. Также, вы можете обсудить проблему с работником по телефону, вместо того, чтобы идти на встречу. Вы должны позвонить работнику, чтобы назначить новую встречу или для обсуждения проблемы по телефону до _____.

Во время собеседования у вас спросят, есть ли у вас уважительная причина ("достаточная причина") не выполнять то, что мы просили вас делать. Если мы удостоверимся, что у вас была уважительная причина, денежная помощь вашей семье не уменьшится из-за этой проблемы. Некоторые примеры уважительных причин: не иметь присмотра за детьми, не иметь транспортного средства. Другие примеры уважительных причин перечислены в форме "Запрос для определения уважительной причины", высланной вместе с этим извещением.

Также, денежная помощь вашей семье не уменьшится, если вы сможете доказать нам, что во время выполнения задания WTW на вас не распространялось действие этих правил.

При невыполнении задания без уважительной на то причины, вы можете согласиться на выполнение плана обязательств, чтобы исполнить требования программы WTW. Сумма денежной помощи вашей семье не уменьшится, если вы согласитесь на выполнение плана обязательств и будете выполнять его. Если вы согласитесь на выполнение плана обязательств и не будете ему следовать, сумма денежной помощи вашей семье уменьшится. Если это произойдет, вы получите отдельное извещение.

Правила: Применены следующие правила, с которыми вы можете ознакомиться в отделе социального обеспечения: CaWORKs MPP § 42-712 (exemptions); 42-713 (good cause); 42-721 (noncompliance and good cause); Food Stamps MPP § 63.407.521.

КАК ИЗБЕЖАТЬ СОКРАЩЕНИЯ ДЕНЕЖНОЙ ПОМОЩИ

Если вы не сможете доказать нам, что у вас была уважительная причина для невыполнения того, что мы просили вас делать, с _____ числа денежная помощь вашей семье будет уменьшена с \$ _____ до \$ _____, как указано на следующей странице, если только у вас нет уважительной причины для невыполнения того, что мы просили вас делать. Если у вас нет уважительной причины, вы можете согласиться на план обязательств, чтобы избежать уменьшения денежной помощи вашей семье. Если вы не согласны с планом обязательств, вы не получите отдельное извещение перед тем, как сумма вашей денежной помощи уменьшится.

Для дополнительной информации о том, как мы рассчитали, сколько получит ваша семья, при сокращении денежной помощи, см. приложенную страницу расчетов.

Мы не будем оплачивать транспортные расходы или расходы, связанные с работой или обучением, если вы перестанете получать денежную помощь. Возможно, мы будем платить за присмотр за детьми, если вы работаете или посещаете школу.

КАК ВОССТАНОВИТЬ ДЕНЕЖНУЮ ПОМОЩЬ ДЛЯ СЕБЯ

Сумма денежной помощи для вашей семьи была сокращена, т.к. вы не делали то, что мы говорили вам сделать и вас исключили из группы, получающей помощь. Если сумма денежной помощи вашей семье была сокращена, вы можете восстановить вашу часть денежной помощи, если вы имеете на это право, обратившись в округ и сообщив о желании восстановить получение денежной помощи; затем выполнять то, что округ скажет вам делать.

ЧТОБЫ РЕШИТЬ ВОПРОС О ВОССТАНОВЛЕНИИ ДЕНЕЖНОЙ ПОМОЩИ, ОБРАЩАЙТЕСЬ В ОКРУГ ПО ТЕЛЕФОНУ: _____

ВАМ НУЖНА БЕСПЛАТНАЯ ЮРИДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ? Вы можете получить бесплатную помощь по этому вопросу:

Районная юридическая консультация: ()

Отдел защиты прав просителей/получателей социальной помощи:
()

Талоны на питание: Если из-за невыполнения требований программы WTW последовало взыскание программы талонов на питание, возможно вы не сможете получать талоны на питание. Если последовало взыскание программы талонов на питание, вы получите другое извещение, сообщающее вам, на какой срок были остановлены талоны на питание.

Medi-Cal: Это извещение НЕ изменяет и НЕ останавливает пособия Medi-Cal (Программа медицинской помощи штата Калифорния). **Храните вашу пластиковую карточку, удостоверяющую пособие.**

ВАШИ ПРАВА НА СЛУШАНИЕ

Если вы не согласны с действием принятым округом, вы имеете право попросить о слушании вашего дела администрацией штата. У вас есть только 90 дней, чтобы попросить о слушании. 90 дней начались на следующий день после вручения или отправки вам этого извещения.

Если вы попросите о слушании до того как действие по программам Cash Aid (денежной помощи), Medi-Cal (Медицинской помощи), Food Stamps (Талонов на питание) или Child Care (Присмотра за детьми) вступит в действие:

- Ваша денежная помощь или медицинская помощь останется без изменения, пока вы ожидаете слушания.
- Ваши услуги по присмотру за детьми могут остаться без изменения, пока вы ожидаете слушания.
- Ваши талоны на питание останутся без изменения до слушания или окончания периода, на который одобряется помощь, смотря что наступит ранее.

Если слушание решит, что мы правы, вы будете должны нам любые переплаченные суммы по услугам программ Cash Aid, Food Stamps или Child Care. Для разрешения нам уменьшить или остановить ваши льготы до слушания, отметьте ниже: Да, уменьшите или остановите:

Cash Aid Food Stamps Child Care

Пока вы ожидаете решения слушания по программам:

Welfare to Work:

Вы не должны принимать участие в деятельности.

Вы можете получать платежи по программе присмотра за детьми во время работы и для деятельности утвержденной округом до этого извещения.

Если мы сказали, что платежи на другие вспомогательные услуги остановятся, вы не получите платежи даже, если вы станете участвовать в деятельности.

Если мы сказали, что вы получите платежи на другие вспомогательные услуги, то они будут выплачены в сумме и виде, указанном в извещении.

- Для получения этих вспомогательных услуг, вы обязаны участвовать в деятельности, указанной округом.
- Если сумма вспомогательных услуг, выплачиваемых округом, пока вы ожидаете решения недостаточна, чтобы позволить вам участвовать, вы можете прекратить посещать деятельность.

Cal-Learn:

- Вы не можете участвовать в программе Cal-Learn, если мы сказали, что не можем обслуживать вас.
- Мы будем оплачивать вспомогательные услуги программы Cal-Learn, только при посещении утвержденной округом деятельности.

ПРОЧАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Лица, получающие услуги от плана, который находится под руководством Medi-Cal: Действие этого извещения может остановить получаемые вами услуги от плана здравоохранения. Если у вас есть вопросы, вы можете обратиться в организацию, предоставляющую услуги по здравоохранению.

Медицинская поддержка и/или алименты на детей: Местное агентство по помощи детям бесплатно поможет вам взыскать алименты даже если вы не получаете денежную помощь. Если они взыскивают алименты для вас в настоящее время, они будут продолжать это делать, пока вы не попросите их, в письменном виде, прекратить взыскания. Они будут высылать вам взысканные алименты, но будут удерживать суммы, срок уплаты которых истек и которые представляют долг округу.

Планирование семьи: Отдел социального обеспечения даст вам информацию по вашей просьбе.

Дело для слушания: Если вы попросите о слушании, отдел слушаний штата заведет на вас дело. Вы имеете право видеть это дело до слушания и получить копию позиции округа по поводу вашего дела как минимум за два дня до слушания. Штат может дать ваше дело о слушании Департаменту Социального Обеспечения и департаментам Здравоохранения и Гуманитарной Помощи и Социальных Услуг Соединенных Штатов. (W&I Code Sections 10850 и 10950.)

ЧТОБЫ ПОПРОСИТЬ О СЛУШАНИИ:

- Заполните эту страницу.
- Сделайте копии с обеих сторон этого листа для своего архива.
По вашей просьбе, ваш работник сделает вам копии с этого листа.
- Отправьте или отнесите этот лист по адресу:

ИЛИ

- Позвоните по бесплатному номеру: 1-800-952-5253 или для лиц с нарушенным слухом или речью и пользующихся TDD, звоните бесплатно 1-800-952-8349.

Для получения помощи: Вы можете узнать о ваших правах о слушании или для направления на бесплатную юридическую помощь по бесплатному номеру телефона штата, указанному выше. Вы можете получить бесплатную юридическую помощь в местном отделе юридической помощи или в отделе защиты прав лиц, получающих социальную помощь.

Если вы не хотите идти на слушание сами, вы можете привести с собой друга или любое другое лицо.

ПРОСЬБА О СЛУШАНИИ

Я прошу слушание по поводу действия Департамента Социального Обеспечения округа _____ в отношении:

- денежной помощи талонов на питание
 Medi-Cal
 другого (перечислите) _____

Причина: _____

- Если вам нужно больше места, отметьте этот квадрат и добавьте еще лист.
 Я прошу штат предоставить мне бесплатного переводчика. (Родственник или друг не может переводить вам на слушании)

Мой язык или диалект: _____

Имя лица, которому было отказано в льготах или льготы были остановлены или изменены

ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ НОМЕР ТЕЛЕФОНА _____

АДРЕС _____

ГОРОД _____ ШТАТ _____ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС _____

ПОДПИСЬ _____ ДАТА _____

ИМЯ ЛИЦА, ЗАПОЛНИВШЕГО ЭТУ АНКЕТУ _____ НОМЕР ТЕЛЕФОНА _____

- Я хочу, чтобы указанное ниже лицо представляло меня на слушании. Я разрешаю этому человеку видеть мое дело или прийти на слушание от моего имени. (Это лицо может быть вашим другом или родственником но не может переводить для вас.)

ИМЯ _____ НОМЕР ТЕЛЕФОНА _____

АДРЕС _____

ГОРОД _____ ШТАТ _____ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС _____